

Między rozpoznaniem psychiatrycznym a „rozpoznaniem rodzinnym”

Between a psychiatric diagnosis and a familial diagnosis

Bogdan de Barbaro

Z Zakładu Terapii Rodzin, Katedry Psychiatrii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Kierownik katedry: prof. dr hab. n. med. J. Bomba

Summary

If the idea of a biopsychosocial model is not going to be merely a phrase, then every clinical diagnosis and therapeutic vision need to consider the familial issues.

Taking the family issues into consideration has evident gains; it allows for a better understanding of the patient and allows for actions which reduce the risk of a relapse of illness. The fact that such issues are not part of the therapeutic armament, despite the effectiveness of psychoeducation, is bewildering: on one hand the families are not always invited to co-operate, on the other hand – they often give up this co-operation. In such a situation, the relation between the patient's family and the personnel needs analysis, especially common, often unconscious emotions and prejudices. They can form a dysfunctional 'knot', which does not allow for a therapeutic alliance to be formed.

How to come out from such an impasse and make a common positive alliance? Paradoxically, the therapeutic possibilities are bigger when – especially in the initial phase of treatment – the psychiatrist “is able to not know” and is capable of listening into the patient's family perspective, and has an interest in the ‘family story’. It is only after the knowledge on the family is gained and the family perspective is accepted, that the deconstruction of that part of the family's story that forms the problem and a common search for “positive changes” are possible.

Although it may not appear to be so, such an ordeal can be very difficult for the psychiatrist who is used to controlling the situation through psychiatric theory and diagnosis, psychiatric language and the psychiatric institution.

The issue presented appears to be part of a universal dilemma: what is the range of “the language power” of the psychiatrist and when is the sharing of this power with the patient and the family beneficial for the therapy.

Słowa klucze: diagnoza psychiatryczna, kontekst rodzinny

Key words: psychiatric diagnosis, family context

Uwagi wstępne

Poniższe refleksje będą dotyczyć tego, jak ważna, a zarazem – wbrew pozorom – nieoczywista i trudna jest współpraca z rodziną pacjenta leczonego psychiatrycznie.

* Referat wygłoszony na XLI Zjeździe Psychiatrów Polskich

Postaram się uzasadnić tezę, że istotnym źródłem trudności we współpracy z rodziną pacjenta chorego na schizofrenię jest przywiązanie psychiatry do swej własnej perspektywy oraz niedostateczna wrażliwość na język i perspektywę rodziny.

Wcześniej jednak – kilka uwag na temat modelu biopsychospołecznego.

Model biopsychospołeczny: teoria i praktyka

Na poziomie teoretycznym nie ma wątpliwości. W 1965 r. Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała dokument „Aspects of family mental health in Europe”, w którego wstępie autorzy piszą: [...] *badania nad zaburzeniami psychicznymi początkowo dotyczyły jednostek i dopiero stopniowo stawały się badaniem jednostek w środowisku społecznym. W rezultacie takiego podejścia stawalo się coraz bardziej oczywiste, że psychiczne zdrowie (lub choroba) każdego z członków rodziny jest nierozłącznie związane ze zdrowiem lub chorobą innych członków rodziny, wzajemnie na siebie wpływając, korzystnie lub niekorzystnie* [za: 1, s. IX].

Trudno byłoby wskazać psychiatrę, który – na etapie rozważań teoretycznych – kwestionowałby te słowa i twierdził, że współpraca z rodziną, czy to rozumiana jako psychoedukacja czy terapia, czy – przynajmniej – spotkania z rodziną, jest zbędna lub szkodliwa.

A jednocześnie, przyglądając się codziennej praktyce, można powiedzieć, że ta współpraca budzi wątpliwości i nie jest tak oczywista, jakby wynikało z deklaracji WHO sprzed niemal 40 lat.¹ Dlaczego tak jest, że teoria różni się bardzo od praktyki? Można tu wymienić wiele czynników. W edukacji przed- i podyplomowej akcent jest położony na biologiczny wymiar psychiatrii. Spektakularne efekty, jakie w leczeniu psychoz można uzyskać drogą farmakoterapii, sprawiają, że kontekst społeczny czy rodzinny chorowania i leczenia ulega w umyśle niejednego psychiatry marginalizacji. Uznaje on, że oddziaływanie na rodzinę jest „owszem, ważne, ale przecież nie najważniejsze” i wobec natłoku swych zawodowych zadań sprawy rodziny pacjenta pozostawia osobom do tego specjalnie wyszkolonym. A że terapeutów rodzinnych nie ma zbyt wielu, kontekst rodzinny w leczeniu schizofrenii jest często pomijany. Takie są koszty, mam nadzieję – niekonieczne, procesu specjalizacji wewnątrz samej psychiatrii. Tymczasem związek między sytuacją rodziny pacjenta a sukcesem bądź niepowodzeniem terapeutycznym w schizofrenii jest na tyle wyraźny, że zasługuje na uwagę.

Przejdę teraz do kilku uwag na temat kontekstu rodzinnego schizofrenii.

Kontekst rodzinny

Na zależności między rodziną a schizofrenią można patrzeć z wielu perspektyw. Stosunkowo popularna, chociaż dzisiaj już nie ciesząca się takim uznaniem jak przed laty, jest teza o wpływie rodziny (stosunków wewnątrzrodzinnych, komunikacji, postaw

¹ Przedstawię tu jedynie tzw. kontekst rodzinny, chociaż problem jest szerszy i dotyczy holistycznej i systemowej wizji całej psychiatrii.

rodzicielskich) na powstanie schizofrenii. Tu najczęściej wymienia się koncepcję matki schizofrenogennej Friedy Fromm-Reichmann [2], trójkgeneracyjnej genezy schizofrenii Murraya Bowena [3], podwójnego wiązania Gregory’ego Batesona i jego grupy z Palo Alto [4], a z nowszych hipotez – teorię Mary Selvini Palazzoli [5] o grze rodzinnej prowadzącej do psychozy.

Obecnie częściej patologię rodziny traktuje się nie tyle jako przyczynę schizofrenii, ile jako mechanizm, który patologię jednostki podtrzymuje. Tu najbardziej uznaną jest rozwijana od ponad czterdziestu lat teoria ujawnianych uczuć, zgodnie z którą ryzyko nawrotu zależy od postaw członków rodziny wobec osoby chorej [np. 6, 7]. W rodzinach, w których dominuje spokojna życzliwość wobec pacjenta, ryzyko nawrotu jest kilkakrotnie niższe niż tam, gdzie postawa wobec pacjenta chociażby ze strony jednego krewnego charakteryzuje się nadmiernym uwikłaniem emocjonalnym lub krytycyzmem. Do wyobraźni klinicysty szczególnie mocno mogą przemawiać wyniki badań fińskich, zgodnie z którymi najsilniejszym predyktorem korzystnej prognozy w okresie pięcioletnim okazała się obecność w rodzinie co najmniej jednej empatycznej osoby [8].

Inny nurt to spojrzenie na krewnych pacjenta jako na tych, którzy dźwigają brzemień choroby. Opisy tego brzemienia znaleźć można głównie, ale nie tylko, w publikacjach organizacji rodzin, takich jak np. National Alliance for Mentally Ill. Badania koncentrujące się na opisie trudności, z jakimi boryka się rodzina, wskazują, że dla rodziny jest to często ciężar doprowadzający do dezintegracji. Przykładowo, badania grupy szkockiej [za: 9] wykazały, że ponad $\frac{3}{4}$ opiekunów to – w świetle *General Health Questionnaire* – tzw. *psychiatric cases*. Jakkolwiek wyniki innych analiz nie są do tego stopnia dramatyczne, to jednak nie budzi wątpliwości, że rodzina ponosi olbrzymie koszty – nie tylko emocjonalne – z powodu choroby i chorowania jednego z jej członków.

I wreszcie – podejście, z punktu widzenia metodologii badań bardziej skomplikowane, ale najbardziej odzwierciedlające rzeczywistość, to uwzględnienie wzajemnych związków między rodziną a osobą chorą. Ta systemowa perspektywa pozostaje neutralna wobec sporów dotyczących etiologii, natomiast stara się analizować wzajemne zależności oraz procesualny i zwrotny charakter zjawisk. W tym podejściu najrzadziej można się spotkać z redukcjonistycznym nastawieniem badaczy (czy to takich, którzy redukują zjawiska do wymiaru biologicznego, czy to takich, którzy lekceważąc wymiar biologiczny, koncentrują się jedynie na aspekcie interpersonalnym).

Podsumowując. Z korzyścią dla wielowymiarowości opisu – dziś coraz częściej odstępuje się od jednokierunkowego spostrzegania związków; już nie tylko dostrzega się wpływ rodziny na chorobę i chorowanie, ale także wpływ chorowania na rodzinę. Związki między rodziną a osobą chorą pojmuje się z uwzględnieniem przyczynowości cyrkularnej.

Rozpoznanie psychiatryczne

Jako psychiatrzy, poszukując prawdy, poszukujemy – ze zrozumiałych powodów – tzw. prawdy obiektywnej. Mamy nadzieję, że drogą analizy klinicznej, opierając się

na wiedzy i doświadczeniu własnym, i – w razie potrzeby – bardziej doświadczonych osób, dotrzemy do tej prawdy, ku pożytkowi pacjenta. Nadzieja na dotarcie do obiektywnej prawdy jest wsparta i uzasadniona postępowaniem przyrodzownawstwa, widocznym chociażby w psychiatrii w zakresie rozwoju wiedzy o budowie i funkcjonowaniu mózgu. Osiągnięcia z zakresu farmakoterapii oraz kolejne – coraz bardziej rozbudowane systemy diagnostyczne dodatkowo wzmacniają tę nadzieję.

A jednak pojawiają się wątpliwości. Rozważę je nie po to, by kwestionować ewidentny rozwój psychiatrii, lecz by zwrócić uwagę na niektóre pułapki czyhające na psychiatrę, zwłaszcza tego, który jest pewny swej wiedzy i jej obiektywnego charakteru. Przytoczę na początek znany na pewno Państwu, ale chyba nie do końca doceniany eksperyment przeprowadzony ponad 30 lat temu przez młodego wówczas psychologa Davida Rosenhana [10].

Upraszczając, można ten eksperyment streścić następująco. Do różnych szpitali psychiatrycznych zgłosiło się ośmiu współpracowników Rosenhana, symulując chorobę psychiczną. Jedynym wyrazem owej symulacji było nieprawdziwe stwierdzenie, że „słyszą głuchy odgłos”. Poza tym owi – nazwijmy ich – „symulanci” wyglądali, zachowywali się i wypowiadali się całkowicie normalnie. Mimo to, w każdym z ośmiu przypadków psychiatrzy nie tylko rozpoznali psychozę i hospitalizowali domniemanych chorych, ale także podjęli skwapliwie leczenie, chociaż już następnego dnia uczestnicy eksperymentu – zgodnie z wcześniejszym ustaleniem – stwierdzili, że „głosy ustąpiły”. Dyskusja nad wynikami tego, głośniego przed laty eksperymentu toczyła się z początkiem lat 70., w okresie, kiedy napięcie dookoła idei antypsychiatrycznych utrudniało spokojną refleksję. Dziś, z perspektywy ponad trzydziestu lat, można pokusić się o dodatkowy namysł nad eksperymentem Davida Rosenhana.

Otóż nie sądzę, by przyczyną bezzasadnych hospitalizacji i leczenia była jedynie sama niekompetencja psychiatrów. Nie uważam też, by Rosenhan ośmieszył czy skompromitował psychiatrię i jej diagnostykę (jak to niektórzy chcieli interpretować). Moim zdaniem istotnym wnioskiem płynącym z eksperymentu Rosenhana jest wykazanie, jak ważna jest rama epistemologiczna. Innymi słowy: jeżeli na jakąś rzeczywistość patrzymy z wcześniej przyjętej perspektywy – to widzimy to, co owa perspektywa proponuje. Język wyznacza otrzymywany obraz. Tak jak w popularnym powiedzeniu, zgodnie z którym, jeśli ktoś trzyma w ręku młotek, to widzi gwoździe, tak i w przypadku psychiatrii: jeżeli ktoś przyjmuje perspektywę psychiatryczną, to widzi patologię psychiatryczną. A więc nie ma powodu interpretować zachowania psychiatrów i ich gorliwości w podejmowaniu leczenia psychiatrycznego w kategoriach niedouczenia, a psychiatrii nie musimy traktować jako marnej książki kucharskiej, w której zapisane są proste i merytorycznie nieuzasadnione sposoby postępowania. Psychiatra kontaktując się z osobą, która sama definiowała siebie jako pacjenta psychiatrycznego, pozostawał w mocy swojego języka, swojego dyskursu, swojego opisu. W efekcie to język psychiatryczny skonstruował – przy pomocy osób biegłe władających tym językiem – rzeczywistość tego języka: pacjentów psychiatrycznych.

Powyższy przykład ilustruje istotny, nie zawsze doceniany aspekt naszego rozpoznawania. Otóż procedury diagnostyczne są konstrukcjami społecznymi. Powstają w ramach specyficznej perspektywy i specyficznego języka. Nie opisują bezpośrednio

rzeczywistości, lecz jedynie odzwierciedlają nasz – psychiatrów – sposób rozmawiania o niej. Nie wiedząc o tym, uczestniczymy – jak to określa Klaus Deissler – w psychiatrycznej grze językowej [11], której istotnym celem jest przejęcie kontroli nad sytuacją.

Jednocześnie istnieje wiele badań, które wskazują, że efekty naszego postępowania diagnostycznego uzależnione są od wielu, bynajmniej nie merytorycznych czynników. Oto na przykład okazuje się, że przy takim samym obrazie psychopatologicznym pacjenta łatwiej jest o rozpoznanie schizofrenii, gdy dotyczy to pacjenta czarnoskórego, a nie białego, gdy dotyczy to pacjenta ze szpitala państwowego a nie prywatnego, gdy dotyczy to pacjenta z klasy niższej a nie średniej. Dla białego bogatego przedstawiciela klasy średniej psychiatrzy mają „łagodniejsze” rozpoznania i niższą dawkę neuroleptyków [np. 12]. A przecież nie dzieje się to świadomie.

Skoro więc nasze procedury diagnostyczne tak bardzo zanurzone są w naszym – umownym przecież – języku i skoro wyniki tych procedur tak bardzo uwarunkowane są czynnikami społecznymi, ekonomicznymi, rasowymi (ogólnie: kulturowymi), to w takim razie przekonanie, że nasza wiedza ma walor obiektywności nie znajduje uzasadnienia. Nasza wiedza jest jedynie odbiciem panujących (w danym czasie, w danym miejscu, w danej grupie społecznej) obyczajów językowych. Używając kategorii konstrukcjonistów społecznych, możemy powiedzieć, że nasze opisy są częścią dominującego dyskursu.

A jeśli tak, to sensowne wydaje się sprawdzenie, co wynika z kulturowego uwarunkowania procesu diagnostycznego w kontekście rodziny pacjenta.

Co wynika z kulturowego uwarunkowania diagnozy

Opierając się na psychiatrycznej wiedzy i stosując ją, możemy pacjentom pomagać: usuwać objawy, nieść ulgę w cierpieniu, ułatwiać społeczne przystosowanie i samo-kontrolę. Możemy też dzięki psychiatrycznej konwencji językowej porozumiewać się z innymi psychiatrami. Możemy mieć satysfakcję z własnego postępowania. Możemy też odczuwać satysfakcję płynącą z władzy, jaką daje ów język, i możliwości jego stosowania. Nie mam na myśli władzy w powierzchownym tego słowa znaczeniu (choć i taka nie jest psychiatrom obca). Na uwagę zasługuje także „władza językowa”, która wyznacza sposób opisu rzeczywistości. „Jest tak, jak ja to widzę. Mój język stanowi o rzeczywistości”.

Należy tu podkreślić, że z powyższych słów nie wynika kwestionowanie użyteczności psychiatrii czy dobra płynącego z tego, co robi psychiatra. Podkreślam jedynie, że psychiatra pozostaje w ramach pewnej – skądinąd użytecznej – konwencji. Problem pojawia się wtedy, gdy psychiatra zapomina, że myśli i działa w ramach tej konwencji i uznaje przyjętą konwencję za obiektywną rzeczywistość. Konstrukcji nadaje atrybuty bytu realnego. Zacierając różnice między konwencją a realnością ryzykuje, że inne konwencje uzna za nieważne lub mniej ważne, albo – co gorsza – przestanie je dostrzegać lub uzna je za nieprawdziwe. Takie właśnie zagrożenie powstaje, gdy

psychiatrze przychodzi kontaktować się z rodziną, a jego rama epistemologiczna staje się zarazem jego klatką (często na tyle subtelną, że z trudem dostrzegalną).

Występują bowiem między perspektywą psychiatry a perspektywą rodziny pacjenta różnice fundamentalne. Przyjrzyjmy się perspektywie rodziny pacjenta, u którego pojawiły się objawy psychozy.

„Rozpoznanie rodzinne”

Jeżeli używam tu określenia „rozpoznanie rodzinne”, to dlatego, by podkreślić jego równoległość i analogie do diagnozy psychiatrycznej. Rodzina tworzy swoją własną opowieść o osobie chorej, definiuje problem, ma pewne wyobrażenie o tym, jak będzie dalej rozwijać się sytuacja. Oto niektóre cechy owej opowieści, owego specyficznego „rozpoznania rodzinnego”.

Etiologia, czyli wina. Lyman Wynne i wsp. [13] zwracają uwagę, że słowo „etiologia” wywodzi się z greckiego *aitia*, oznaczającego nie tylko przyczynę, lecz także odpowiedzialność i winę. Tak właśnie jest w przypadku etiologicznych poszukiwań rodzinnych. Wśród wymienianych przez Wynne’a sześciu najczęstszych przyczyn – przyczyny nadnaturalne, fizyczno-biologiczne, nieświadome procesy zewnętrzne wobec „ja”, procesy społeczne, traumatyczne wydarzenia życiowe oraz procesy w systemie rodzinnym – te ostatnie pojawiają się w wyobrażeniach członków rodziny bodajże najczęściej. Dramatyczne „dlaczego?” nasycone jest szukaniem winnego. Tak więc tam, gdzie psychiatra szuka obiektywnych przyczyn, tam – z perspektywy rodzinnej trwają intensywne, pełne napięcia i bólu, wypieranego poczucia winy i lęku poszukiwania winowajcy.

Diagnoza, czyli wyrok. Nie da się przecenić dramatyzmu momentu, kiedy pacjent zgłasza się po raz pierwszy w życiu na leczenie do szpitala psychiatrycznego. Jeśli przyjąć za teorią narracyjną, że ludzie myślą o sobie i o innych w kategoriach opowieści, to wraz z hospitalizacją dochodzi do nagłego załamania się tej opowieści. Dochodzi do utraty: utraty dotychczasowej – bardziej lub mniej optymistycznej – wizji. Osoba wyznaczona przez kulturę do orzekania (w tym przypadku – psychiatra) nadaje historii rodzinnej nowy, jakże różny od dotychczasowego tytuł: „Schizofrenia”. Ta nowa perspektywa może być przez rodzinę zaakceptowana lub nie [13], lecz siła medycznego dyskursu sprawia, że opieszałość w przyjęciu nowej definicji problemu jest niewielka. Moment zdefiniowania problemu jako choroby jest – by użyć określenia Batesona – wypunktowaniem (punktacją) w niekończącym się strumieniu zdarzeń. Znaczenie tego momentu nie tylko wynika z faktu, że wraz z nim zaczyna się „nowy rozdział” opowieści, ale także stąd, że uruchamia on owe poszukiwania, które są w istocie rzeczy „szukaniem przyczyn i winnego”.

Prognoza, czyli rozpacz. Chyba żaden z fragmentów mapy rodzinnej nie jest tak bardzo wysycony emocjami, jak myślenie na temat przyszłości. Bezradność, szamotanie się między skrajnym pesymizmem a masywnym zaprzeczaniem, lęk i chaos – kształtują wyobrażenie o przyszłości. Sytuacja, która dla psychiatry jest kolejnym zadaniem

zawodowym (którym psychiatra przejmuje się czasem bardziej, czasem mniej), jest dla osób z rodziny być może najdramatyczniejszym momentem w dotychczasowym życiu. „Wtedy pomyślałam sobie, że lepiej byłoby, żeby się był nie narodził”. Zdanie to wypowiedziane przez jedną z matek o chwili, w której dowiedziała się, że jej syn zachorował na schizofrenię, stanowi ilustrację napięcia, towarzyszącego rodzinie. Prognozę rodzinną kształtuje bardziej rozpacz niż rozeznanie.

Terapia, czyli chaos. Dla rodziny hospitalizacja i leczenie psychiatryczne może być, zwłaszcza we wstępnej fazie, źródłem dodatkowego lęku, wstydu, poczucia winy i bezradności. Postęp uzyskiwany przez pacjenta w skali psychopatologicznej nie musi się przekładać na zmiany odczuwane przez rodziców czy współmałżonka. Jeśli zaś terapia ma miejsce na oddziale o ambitnym programie psycho- i socjoterapeutycznym, to niewykluczone, że wcześniej czy później okaże się, że ich bliski ma dobry kontakt ze swoim terapeutą, natomiast wobec rodziny coraz śmielej formułuje coraz to nowe zarzuty. Czy to jest znak zdrowienia, z którego należy się cieszyć? I jak rozumieć, że w czasie kolejnych przepustek weekendowych dochodzi do zaostrzenia objawów? A jeżeli intensywne leczenie neuroleptykami powoduje, że pacjent z trudem potrafi nawiązać rozmowę, to czy to ustąpi, czy tak będzie zawsze? A jeżeli po kilku miesiącach kolejnych prób z kolejnymi lekami nie ma poprawy, to czy tak będzie zawsze? A jeżeli psychiatra pociesza (w pośpiechu i na korytarzu), że „wszystko będzie dobrze”, a rodzice dowiadują się, że na oddziale są pacjenci hospitalizowani po raz dziesiąty i dwudziesty, to co to znaczy, że „wszystko będzie dobrze”? A jeśli psychiatra informuje, że syn/córka cierpi na chorobę nieuleczalną, której etiologia nie jest znana, ale znana jest nazwa i ta nazwa to „schizofrenia”, to czy to znaczy, że leczenie ma sens, czy że nie ma sensu? A jeśli lekarz mówi, że mają na oddziale różne dobre leki, ale taki lek, który jest bardzo dobry i który trzeba by sprowadzać z zagranicy i po którym nie ma objawów ubocznych, jest bardzo drogi, to kto go ma sprowadzać?

Trudno się zatem nie zgodzić z tezą, że z perspektywy rodziny leczeniu pacjenta może czasami towarzyszyć chaos.

Przyjrzyjmy się teraz zjawiskom współtworzącym kontekst terapii, a pozostającym na styku perspektyw.

Na styku trzech opowieści

Zmiana języka – zmiana odpowiedzialności. Jak wyżej zaznaczono, wraz z hospitalizacją psychiatryczną dochodzi do załamania opowieści rodzinnej. Zmianie ulega język. Dawne określenia (np. zamyślony, wygłupia się, jest podejrzliwy) zostają zastąpione nowymi (np. autystyczny, hebefreniczny, urojeniowy). Pojawiają się nowe słowa-klucze, pobrzmiwające nieco militarnie: przepustka, odprawa, oddział, dyżur.

Odpowiedzialność zostaje przełożona na psychiatrów. To oni teraz, nadając nowe znaczenia zachowaniom i wypowiedziom osoby chorej, jednocześnie wprowadzają nowy ład.

Opowieść rodzinna ulega:

- psychiatryzacji (to, co było nieodpowiednim zachowaniem, zostaje mianowane objawem choroby psychicznej),

- medykalizacji (za rozwiązanie problemu teraz odpowiadają lekarze, a nie sam pacjent czy jego rodzina) oraz
- instytucjonalizacji (problem będzie rozwiązywany nie w domu, czy w rodzinie, lecz w instytucji).

Ulga, jaką może odczuwać rodzina w związku z przejęciem odpowiedzialności przez psychiatryczną instytucję, może prowadzić do niebezpiecznej – na dłuższą metę – konsekwencji: do utraty poczucia wpływu i poczucia sprawstwa przez rodzinę. W tym kontekście (stres oraz poczucie utraty wpływu na sytuację) rodzina jest szczególnie narażona na reakcje psychosomatyczne, depresyjne oraz na dezorganizację systemu rodzinnego.

Powstaje zatem pytanie, co powinno się stać, by rodzina odzyskała – chociażby częściowo – poczucie użytecznego sprawstwa?

Choroba „organizuje” rodzinę. By uniknąć owej dezorganizacji, nieraz jest tak, że choroba staje się – paradoksalnie – pomocna. To wokół niej konsoliduje się zagrożony system rodziny. Inne sprawy idą w kąt, rodzina swoje myśli, swój czas, swoje działanie poświęca chorobie osoby bliskiej. Jak to określają terapeuci rodzinni (co prawda w odniesieniu do innego zaburzenia, lecz samo zjawisko ma charakter uniwersalny) [14] choroba może stać się „centralną zasadą organizującą”. Idąc za tymi określeniami można by więc wyróżnić „rodziny schizofreniczne”, czyli właśnie takie, w których choroba staje się osią życia rodzinnego, oraz „rodziny, w której ktoś jest chory na schizofrenię”. „Owijanie się wokół choroby” może doraźnie pomagać rodzinie przetrwać najcięższe chwile i osłabiać chaos, lecz na dłuższą metę wzmacnia chorobę i osłabia rodzinę. Co gorsza, może utrudniać czy wręcz uniemożliwiać postawę empatyczną, jakże w takim momencie potrzebną pacjentowi. Tymczasem, gdy psychiatra spostrzega krewnych pacjenta jako nadmiernie uwikłanych lub krytycznych, irytuje się na nich i – bardziej lub mniej wprost – ich o to oskarża. Ta – nazwijmy to elegancko – przeciwp przeniesieniowa reakcja psychiatrów dynamizuje bezradność i chaos w rodzinie.

Jak w tej sytuacji sprawić, by w rodzinach osoby chorej na schizofrenię nie było postawy naduwikłania i krytycyzmu? Jak zapobiec temu podstępowi, jaki choroba szykuje rodzinie? I jak samemu nie ulec pokusie krytycznego spojrzenia na rodzinę i nadmiernemu uwikłaniu emocjonalnemu w problemy pacjenta?

Zderzenie opowieści

Tak oto w gabinecie psychiatry zderzają się trzy opowieści: pacjenta, rodziny i psychiatry. Punktem wyjścia jest opowieść pacjenta, będąca wyrazem doświadczania dezintegracji.

W opowieści rodzinnej dominuje lęk, poczucie winy, chaos i bezradność; w opowieści psychiatry słowa-klucze to np. nawrót, remisja, objawy negatywne i pozytywne (nawiasem mówiąc: z przyswajaniem sobie pojęcia „objaw pozytywny” rodziny miały szczególne trudności). Z pewnych powodów psychiatrzy odwołują się także do nazw łacińskich w rodzaju „*Morbus Bleuleri*”. Ten medyczny słownik bywa niekiedy poszerzany o pojęcia mające określić rodzinę: „nadopiekuńcza”, „skrycie wroga” itp.

Jakże różne są owe trzy języki i i trzy perspektywy.

I chociaż język psychiatrii może być oparty na kompetencji, wiedzy i doświadczeniu (niestety – niekiedy czasem także na rutynie, dystansie i wypaleniu), to owa różnica perspektyw może generować „zespół trzech autyzmów”, by posłużyć się ironicznym określeniem użytym przez jednego z moich kolegów w odniesieniu do relacji między pacjentem, rodziną a psychiatrą. Bowiem – co banalnie zabrzmiało, ale w tym momencie ma znaczenie kluczowe – jeśli języki są zbyt różne, zbyt dziwne wobec siebie – porozumienie staje się utrudnione, a niekiedy niemożliwe [15].

Jak zatem pomóc rodzinie, by miała poczucie sprawstwa, by nie „owinęła się” dookoła choroby, by zachowała spokojną życzliwość wobec pacjenta? I to wszystko w sytuacji, gdy w rodzinie dominuje poczucie winy, rozpacz, zagrożenie dezintegracją, chaos i lęk o przyszłość.

Uwagi praktyczne

Chociaż zadaniem moim było jedynie opisanie problemu, a nie przedstawianie konkretnych rozwiązań, trudno na koniec nie naszkicować konkluzji praktycznych. Oto one.

1. Psychiatra nie powinien ignorować perspektywy rodzinnej, chociażby z uwagi na wpływ rodziny na przebieg leczenia i na brzemię, jakie rodzina dźwiga. Doświadczenie kliniczne i badania empiryczne są zgodne: brak współpracy z rodziną to utrata głównego sprzymierzeńca w leczeniu pacjenta.
2. Możliwość zrozumienia rodziny i pomocy rodzinie uwarunkowana jest gotowością psychiatrii do otwarcia się na perspektywę rodziny pacjenta, bez jej oceniania, redukcjonistycznego diagnozowania i bez pośpiesznych prób zmieniania rodziny.
3. Formą, która pozwala zorientować się w potrzebach rodziny i uważnie wsłuchać się w jej język, doświadczenie i perspektywę, może być rodzinna konsultacja [16, 17]. W czasie rodzinnej konsultacji psychiatra i psycholog uczą się, w jaki sposób rodzina opisuje swój problem, uczą się, jakie są rodzinne ograniczenia i możliwości. Zadaniem konsultantów jest pozostawanie neutralnym i zaciekawionym perspektywą rodzinną, bez narzucania języka psychiatrycznego jako „jedynego słusznego”. To stwarza szansę motywacji rodziny do współpracy.
4. Wybór metody współpracy nie powinien się dokonywać na podstawie preferencji terapeuty czy zwyczaju obowiązującego w danym ośrodku, lecz zależeć od preferencji rodziny. Tak jak leczenie pacjenta powinno być dostosowane do jego potrzeb, tak formy współpracy z rodziną powinny wynikać z możliwości, potrzeb i gotowości rodziny [8, 18].
5. Możliwości pomocy rodzinie jest wiele: psychoedukacja, interwencja systemowa, terapia systemowa. W ramach tych form możliwe jest realizowanie różnych celów:
 - pomoc w odzyskaniu poczucia sprawstwa,
 - dbanie, by choroba nie stała się trwałą osią życia rodzinnego,
 - edukacja, jak zachować spokojną życzliwość wobec pacjenta, oraz

- pomoc terapeutyczna w sytuacji kryzysu, gdy w rodzinie dominuje poczucie winy, rozpacz, zagrożenie dezintegracją, chaos i lęk o przyszłość; wybór i realizacja tych zadań wtedy ma szansę powodzenia, jeśli rodzina pacjenta wyrazi zainteresowanie i zgodę.
- 6. W świetle powyższego kluczowe jest zawarcia kontraktu-przymierza terapeutycznego między rodziną, pacjentem i psychiatrą. Istotą tego przymierza staje się wówczas z jednej strony zwalczanie choroby, z drugiej – zmiana terapeutyczna w rodzinie.
- 7. Język psychiatry nie straci w tym kontekście na znaczeniu, lecz będzie fragmentem dialogu, a nie narzędziem opresji.

Uwagi końcowe

1. W przedstawionym podejściu punktem wyjścia jest respektowanie języka rodzinnej opowieści i niekoncentrowanie się na rodzinnej patologii. Nie oznacza to, że tej dysfunkcji w rodzinie pacjenta chorego na schizofrenię nie ma. Patologia członków rodziny, niespójna komunikacja w rodzinie, zaburzenia struktury – te zjawiska nieraz są w rodzinie pacjenta obecne i mogą generować hipotezy o wpływie rodziny na występowanie i utrzymywanie się objawów u pacjenta. Lecz ocenianie czy diagnozowanie rodziny w języku patologii rodziny – chociaż może się niejednemu psychiatrze narzucać – w gruncie rzeczy oddziela nas od rodziny, a przede wszystkim oddala ją od nas, potencjalnych jej terapeutów. Tak więc traktowanie dysfunkcji rodziny jako punktu wyjścia postępowania terapeutycznego może być – paradoksalnie – poważną przeszkodą w nawiązaniu konstruktywnej współpracy z rodziną i źródłem niepowodzenia terapeutycznego.

Czyhają na nas zatem dwie pułapki. Jedno niebezpieczeństwo to zaniechanie współpracy z rodziną, „bo jest tak patologiczna, że się z nią nie dogadamy”. O tym, jak niekorzystne byłoby to zaniechanie, była mowa już wcześniej. Druga ślepa uliczka dotyczy terapeutów rodzinnych i polega na podjęciu terapii bez uzgodnienia tego z rodziną, bez uszanowania tego, czy rodzina się decyduje na terapię. Często nie dostrzegamy tego, że rodzina pacjenta nie zgłasza się do nas po leczenie. Podejmowanie terapii rodziny jest możliwe i niejednokrotnie wskazane, lecz dopiero wówczas, gdy ona sama uzna, że chce się zmieniać i gdy dojdzie do zawarcia kontraktu terapeutycznego. Otwarcie psychiatry wobec rodzinnej perspektywy jest tego warunkiem wstępnym.

2. Powyższe tezy mogą się wydawać naiwne, skoro tak wielu chorych na schizofrenię leczonych jest przymusowo, skoro tak często trudno o dobrą współpracę, skoro nasz psychiatryczny język jest w sposób tak oczywisty użyteczny i niezbędny. Jeżeli do tego dodać bólączkę braku czasu, zaniechanie można by uznać za usprawiedliwione. Tymczasem dopiero po zrezygnowaniu ze swoistego „imperializmu psychiatrycznego” możemy nie tylko rodzinę zrozumieć i jej pomóc, ale także zbudować konstruktywne przymierze terapeutyczne. Unikając swoistej *power game*, narzucając mniej, uzyskamy (dla pacjenta i jego rodziny) więcej. Ten paradoks dotyczy nie tylko schizofrenii, lecz całego obszaru psychiatrii.

3. W ostatnich latach w medycynie rozwijana jest idea określana jako proces uzgadniania decyzji (*shared decision making*), w której procedury lecznicze są przedmiotem negocjacji między teamem terapeutycznym a odbiorcami usług medycznych [19]. W psychiatrii taka zmiana wydaje się szczególnie ważna, ale jednocześnie – szczególnie trudna. Zanim więc w psychiatrii rozwinie się zasada uzgadniania decyzji, możemy rozwijać i pogłębiać proces respektowania perspektywy rodziny.

Piśmiennictwo

1. Bloch S, Hafner J, Harari E, Szmukler GI. *The family in clinical psychiatry*. Oxford: Oxford Medical Publication; 1994.
2. Fromm-Reichmann F. *Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy*. Psychiatry 1948; 11: 263–273.
3. Bowen M. *The use of family theory in clinical practice*. Compr. Psychiatry 1966; 7: 345–374.
4. Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J. *Toward a theory of schizophrenia*. Behav. Sc. 1956; 1: 251–264.
5. Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. *Family games. General model of psychotic processes in the family*. New York: W. W. Norton and Company; 1989.
6. Brown GW, Monck E, Carstairs G, Topping G. *The influence of family life on the course of schizophrenic illness*. Brit. J. Prev. Soc. Med. 1962; 16: 55–68.
7. Vaughn C, Snyder K, Jones S, Freeman W, Falloon I. *Family factors in schizophrenics relapse: Replication in California of British research on expressed emotion*. Arch. Gen. Psychiatry 1984; 41: 1169–1177.
8. Alanen YO. *Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
9. Addington J, Coldham EL, Jones B, Ko T, Addington D. *The first episode of psychosis: the experience of relatives*. Acta Psychiatr. Scand. 2003; 108: 285–289.
10. Rosenhan DL. *On being sane in insane places*. Science 1973; 179: 250–258.
11. Deissler KG. *Psychiatryczne gry językowe*. W: Deissler KG, red. *Terapia systemowa jako dialog. Odkrywanie samego siebie?* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1998; 159–174.
12. Littlewood R, Lipsedge M. *Psychiatric illness among British Afro-Carabbbeans*. Brit. Med. J. 1988; 296: 950–957.
13. Wynne LC, Shield CG, Sirkin MI. *Illness, family theory, and family therapy: I. Conceptual issues*. Fam. Proc. 1992; 31: 3–18.
14. Steinglass P, Bennett LA, Wolin SJ, Reiss D. *The alcoholic family*. New York: Basic Books; 1987.
15. Andersen T. *The reflecting team. Dialogues about the dialogues*. Broadstairs: Borgmann Publishing Ltd.; 1990.
16. de Barbaro B, red. *Schizofrenia w rodzinie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
17. Rostworowska M, Opoczyńska M, de Barbaro B. *Konsultacja rodzinna – możliwości i ograniczenia*. Psychiatr. Pol. 2002; XXXXVI, 1: 41–49.
18. Lehtinen K. *Need-adapted treatment of schizophrenia: family intervention*. Brit. J. Psychiatry 1994; 164, suppl.23: 89–96.
19. Hamann J, Leucht S, Kissling W. *Shared decision making in psychiatry*. Acta Psychiatr. Scand. 2003; 107: 403–409.

Adres: Zakład Terapii Rodzin – Katedra Psychiatrii
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21 A